

L 4 KA 24/07

Land

Schleswig-Holstein

Sozialgericht

Schleswig-Holsteinisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

4

1. Instanz

SG Kiel (SHS)

Aktenzeichen

S 15 KA 76/05

Datum

31.05.2007

2. Instanz

Schleswig-Holsteinisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 24/07

Datum

19.05.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Kiel vom 31. Mai 2007 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer sachlich rechnerischen Berichtigung für das Quartal IV/00 betreffend die Leistungsziffern Nr. 850 und 851 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM-Ä).

Der Kläger war nach zwischenzeitlicher Zulassung in den Zuständigkeitsbereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg und Berlin seit Oktober 2000 erneut im Zuständigkeitsbereich der Beklagten mit Praxissitz in I als praktischer Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Eine Abrechnungsgenehmigung für die Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung nach der Nr. 850 EBM-Ä (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände mit schriftlichem Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge, einschließlich Beratung, bis zu zweimal im Behandlungsfall) und der Nr. 851 EBM-Ä (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, je Sitzung (Dauer mindestens 15 Minuten)) war ihm seitens der Beklagten im Zusammenhang mit der erneuten Zulassung in Schleswig-Holstein nicht erteilt worden.

Mit Bescheid vom 27. März 2001 teilte die Abrechnungsabteilung der Beklagten dem Kläger mit, dass die mit der Abrechnung für das Quartal IV/00 geltend gemachten Leistungen nach Nr. 850 EBM-Ä (11x) und Nr. 851 EBM-Ä (32x) ohne Genehmigung abgerechnet worden seien. Aufgrund der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung könnten die genannten Leistungsziffern nur unter den in der Psychotherapievereinbarung, § 5 Abs. 6 der Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 2 Abs. 6 Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä), bestimmten Voraussetzungen abgerechnet werden. Aufgrund dieser Regelungen sei sie gehalten, die genannten Positionen unberücksichtigt zu lassen. Dem Kläger werde anheimgestellt, einen Antrag auf Erteilung der entsprechenden Genehmigung bei der Abteilung Qualitätssicherung der Beklagten zu stellen.

Mit seinem hiergegen gerichteten Widerspruch wies der Kläger darauf hin, dass er seit 1976 mit einer kleinen Unterbrechung Mitglied der Beklagten sei. Aus den Unterlagen sei zu ersehen, dass er die genannten Leistungsziffern immer abgerechnet habe, dies zum Schluss auch in Berlin. Die KV Berlin werde dies bestätigen.

Die daraufhin seitens der Beklagten durchgeführten Ermittlungen ergaben, dass der Kläger von Juli 1997 bis März 1998 im Zuständigkeitsbereich der KV Hamburg niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen gewesen war. Die KV Hamburg hatte dem Kläger mit Schreiben vom 2. August 1995 mitgeteilt, die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein habe bestätigt, dass er die Nrn. 850 und 851 E-GO/BMÄ während seiner vertragsärztlichen Tätigkeit im KV-Bereich Schleswig-Holstein durchgeführt und abgerechnet habe. Sie freue sich, ihm nunmehr die widerrufliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der psychosomatischen Grundversorgung nach den Nrn. 850 und 851 E-GO/BMÄ im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erteilen zu können. Im Zeitraum von April 1998 bis zum 22. Oktober 2000 war der Kläger im Zuständigkeitsbereich der KV Berlin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Eine Genehmigung zur Durchführung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung hatte er in diesem Zeitraum nicht erhalten.

Die Beklagte wies den Widerspruch durch Widerspruchsbescheid vom 16. Dezember 2004 zurück. Die Nichtberechnungsfähigkeit der im Quartal IV/00 von dem Kläger erbrachten Leistungen nach den Nrn. 850 und 851 EBM-Ä ergebe sich aus § 3 Abs. 3 Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten. Danach könnten Leistungen, die von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen, wie beispielsweise einer Genehmigung abhängig seien, von ihr nur dann vergütet werden, wenn die entsprechende Voraussetzung erfüllt, also

die Genehmigung erteilt sei. Für die Ausführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bedürfe es nach der Psychotherapie-Vereinbarung Teil B § 2 einer Genehmigung. Eine derartige Genehmigung sei dem Kläger jedoch nicht erteilt worden. Gemäß § 11 Abs. 6 BMV-Ä behielten Ärzte, die aufgrund eines Qualifikationsnachweises die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen durch eine Kassenärztliche Vereinigung erhalten hätten, diese Berechtigung auch dann, wenn sie die Leistungen aufgrund einer Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit in einem anderen KV-Bereich erbringen wollten. Diese Voraussetzungen lägen hier jedoch nicht vor, da der Kläger nach dem Ergebnis der durchgeführten Ermittlungen zwar in dem Zeitraum seiner Niederlassung im KV-Bereich Hamburg, nicht jedoch für die im Anschluss daran folgende Niederlassung im KV-Bereich Berlin die Genehmigung für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach Nrn. 850 und 851 EBM Ä besessen habe. Darüber hinaus sei festzustellen, dass am 1. Januar 1999 eine neue Psychotherapievereinbarung in Kraft getreten sei, nach der bestimmte fachliche Nachweise als Voraussetzung zur Erteilung einer Genehmigung zu erbringen seien; diese fachlichen Nachweise seien von dem Kläger jedoch nicht vorgelegt worden.

Zur Begründung seiner hiergegen am 13. Januar 2005 bei dem Sozialgericht Kiel erhobenen Klage hat der Kläger im Wesentlichen vorgetragen: Zu Unrecht habe die Beklagte die notwendige Genehmigung zur Abrechnung der Nrn. 850, 851 EBM Ä verneint. Unstreitig habe er über eine Abrechnungsgenehmigung der KV Hamburg für die Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung verfügt. Ebenso unstreitig habe er in Berlin die streitgegenständlichen Gebührensätze nicht abgerechnet. Grund hierfür sei gewesen, dass am Praxissitz auf demselben Flur eine Psychotherapeutin ansässig gewesen sei. Gemäß § 16 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 7. Dezember 1998 behielten Ärzte, die aufgrund der bis zum 31. Dezember 1998 gültigen Psychotherapie-Vereinbarung eine Abrechnungsgenehmigung erhalten hätten, diese in gleichem Umfang. In dieser Vorschrift sei entgegen den Ausführungen der Beklagten nicht festgelegt, dass der betreffende Arzt zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Psychotherapie-Vereinbarung tatsächlich eine Abrechnungsgenehmigung innehaben müsse. Dass er im Rahmen der Niederlassung im KV-Bereich Berlin keine Genehmigung für die Leistungen nach den Nrn. 850, 851 EBM gehabt habe, sei deshalb unerheblich. Es komme ausschließlich darauf an, dass er im Verlauf der Gültigkeit der Psychotherapie-Vereinbarung von 1990 bis 1998 eine derartige Genehmigung innegehabt habe, hier die Genehmigung seitens der KV Hamburg. Er habe die in der Psychotherapie-Vereinbarung geforderte Qualifikation zur Durchführung der Psychotherapie und der psychosomatischen Grundversorgung gemäß F I 5 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung in der Neufassung vom 3. Juli 1987 (Deutsches Ärztebl. 84, Heft 37, 10. September 1987) besessen. In der Geltendmachung der Abrechnungsziffern 850, 851 EBM im Rahmen der späteren Zulassung im Bereich der Beklagten könne zudem ein neuer, formloser Antrag auf Erteilung der Genehmigung gesehen werden.

Das Sozialgericht ist von dem Antrag des Klägers ausgegangen,

unter Aufhebung des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 2004 die Beklagte zu verpflichten, ihren Bescheid vom 27. März 2001 bezüglich der Honorarabrechnung IV/00 aufzuheben und die Abrechnung der Nrn. 850, 851 EBM unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts vorzunehmen,

und von dem Antrag der Beklagten,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hat sich auf die angefochtenen Bescheide bezogen und ergänzend im Wesentlichen dargelegt: Sie teile nicht die Auffassung des Klägers, wonach in der Abrechnung einer Leistungsposition ein konkludenter Antrag auf Erteilung einer entsprechenden Genehmigung zu sehen sei. Zudem gelte die Erteilung einer Genehmigung als Status begründender Verwaltungsakt nur ex nunc und entfalte keine Rückwirkung. Bereits abgerechnete Leistungen könnten daher nicht berücksichtigt werden, selbst wenn dem Kläger eine Genehmigung zu erteilen wäre.

Das Sozialgericht hat die Klage nach Anhörung der Beteiligten durch Gerichtsbescheid vom 31. Mai 2007 abgewiesen. In den Entscheidungsgründen ist im Wesentlichen dargelegt: Die Beklagte habe es zu Recht abgelehnt, die von dem Kläger erbrachten Leistungen nach den EBM-Ziffern 850 und 851 zu vergüten. Denn die hierfür erforderliche Genehmigung habe der Kläger in dem Quartal IV/00 nicht – mehr – gehabt. Für die Fortgeltung der ihm im Rahmen der Zulassung im Bereich der KV Hamburg erteilten Abrechnungsgenehmigung könne sich der Kläger nicht auf die Regelungen des § 11 Abs. 6 BMV-Ä in der ab 1. Januar 1995 geltenden Fassung bzw. des § 39 Abs. 6 AEV in der ab 1. Juli 1994 geltenden Fassung berufen. Beide Vorschriften bestimmten gleichlautend, dass Ärzte, die aufgrund eines Qualifikationsnachweises gemäß den Vereinbarungen nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen durch eine Kassenärztliche Vereinigung erhalten hätten, diese Berechtigung auch dann behielten, wenn sie diese Leistungen aufgrund einer Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit in einem anderen KV-Bereich erbringen wollten. Diesen Vorschriften liege die Erwägung zugrunde, die aufgrund der regionalen Gliederung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei einem Wechsel des Niederlassungsortes entstehenden Probleme dadurch zu beheben, dass die in einem KV-Bereich erteilte Qualifikationsberechtigung auch in dem KV-Bereich des neuen Niederlassungsortes fortgelte. Ihrem Sinn und Zweck nach gingen die Vorschriften von einem Wechsel des Niederlassungsortes, also von der Beendigung der Zulassung an dem einen und der neuen Zulassung an einem anderen Ort aus. Sie setzten damit einen engen zeitlichen Zusammenhang zwischen Beendigung der Zulassung und der Neuzulassung voraus. Nur in diesem Verständnis würden die Vorschriften den Anforderungen des [§ 135 Abs. 2 SGB V](#), mit dem der Notwendigkeit der Qualitätssicherung bei bestimmten Leistungsarten Rechnung getragen werde, gerecht. Das Bundessozialgericht (BSG) habe in dem Urteil vom 13. Juli 1996 – [6 RKa 87/95](#) – die Frage, welcher Zeitrahmen bei einem Wechsel des Niederlassungsortes zwischen Beendigung der Zulassung und der Neuzulassung eingehalten werden müsse, um von der Fortgeltung einer Berechtigung im Sinne der genannten Vorschriften ausgehen zu können, nicht abschließend entschieden. In dem dort vorliegenden Sachverhalt habe der Kläger seine kassen- und vertragsärztliche Tätigkeit für einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren unterbrochen gehabt. Diese Zeitspanne sehe das BSG auf jeden Fall als zu lang an, um dem geforderten engen zeitlichen Zusammenhang zwischen Beendigung und Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit zu entsprechen. Der Kläger habe zwischen dem 1. April 1998 und dem 22. Oktober 2000 während seiner Niederlassung im Bereich der KV Berlin von der ihm seitens der KV Hamburg erteilten Genehmigung keinen Gebrauch gemacht. Damit fehle es an dem vom Bundessozialgericht geforderten engen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Ende der Zulassung und der Neuzulassung.

Gegen den ihm am 20. Juni 2007 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 19. Juli 2007 bei dem Sozialgericht Kiel eingegangene

Berufung des Klägers, zu deren Begründung der Kläger unter Bezugnahme auf sein bisheriges Vorbringen im Übrigen im Wesentlichen vorträgt: Er habe während seiner gesamten Tätigkeit als niedergelassener Arzt psychotherapeutische Grundleistungen erbracht. Hierzu habe er sowohl die Befähigung als auch zumindest in den Jahren seit 1998 im Bereich der KV Hamburg die Abrechnungsgenehmigung gehabt. Durch seinen Ortswechsel gehe seine Qualifikation nicht verloren, auch wenn er danach die Leistungen nicht erbracht habe. Anderenfalls würde seine Berufsfreiheit unzulässig eingeschränkt. Eine Unterbrechung der Zulassung, wie von dem Sozialgericht angenommen, habe es bei ihm nicht gegeben.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Kiel vom 31. Mai 2007 und den Bescheid der Beklagten vom 27. März 2001 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm unter Abänderung des Honorarbescheides für das Quartal IV/00 11 Leistungen nach der Nr. 850 EBM-Ä und 32 Leistungen nach der Nr. 851 EBM-Ä zu vergüten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakte und den Verwaltungsvorgang der Beklagten betreffend die Honorarkürzung für das Quartal IV/00 Bezug genommen. Diese Vorgänge sind auch Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung des Senats am 19. Mai 2009 gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte (nach den Berechnungen der Beklagten in dem Schreiben vom 11. Mai 2007 beträgt der Wert des Beschwerdegegenstandes 808,66 EUR, so dass der maßgebliche Betrag von hier noch 500,00 EUR, [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) a. F. Sozialgerichtsgesetz – SGG - überschritten wird) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) eingelegte Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Vergütung der von ihm im Quartal IV/00 erbrachten Leistungen nach den Nrn. 850 und 851 EBM-Ä.

Rechtsgrundlagen für die von der Beklagten mit den angefochtenen Bescheiden vorgenommene sachlich rechnerische Berichtigung der Honorarabrechnung des Klägers für das Quartal IV/00 sind § 45 Abs. 2 Satz 1 BMV Ä und § 34 Abs. 4 Satz 2 EKV Ä. Nach diesen Vorschriften in allen wiederholt geänderten Fassungen obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung die Prüfung und ggf. sachlich rechnerische Berichtigung der Honorarforderung des Arztes. Der Begriff der sachlich rechnerischen Berichtigung ist dabei umfassend zu verstehen, d. h. es ist nicht nur zu prüfen, ob ein Vertragsarzt eine Leistung entsprechend den Vorgaben des EBM erbracht hat, sondern auch, ob er befugt ist, die erbrachte Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in der vorgenommenen Form zu erbringen (std. Rspr.; vgl. BSG, Urt. v. 22. März 2006 - [B 6 KA 76/04 R](#), [BSGE 96, 99](#), juris Rn. 11 mit zahlr. Nachw. zur Rspr.).

Der Kläger war in dem Quartal IV/00 nicht befugt, Leistungen nach den Nrn. 850 und 851 EBM-Ä im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen und abzurechnen. Gemäß § 11 Abs. 10 BMV Ä bzw. § 39 Abs. 10 EKV-Ä in der ab 1. Januar 1995 bzw. ab 1. Juli 1994 geltenden Fassung dürfen psychotherapeutische Leistungen, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzen, in der vertragsärztlichen Versorgung nur ausgeführt und abgerechnet werden, wenn der Leistungserbringer die vorgeschriebenen Qualifikationserfordernisse erfüllt. Diese sind jeweils in der Anlage 1 zu diesen Verträgen für Ärzte und Psychotherapeuten von den Vertragspartnern vereinbart. Dem entspricht die in dem angefochtenen Widerspruchsbescheid zitierte Vorschrift des § 3 Abs. 3 HVM der Beklagten, wonach Leistungen, die von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen wie beispielsweise einer Genehmigung abhängig sind, nur dann vergütet werden, wenn die entsprechende Genehmigung erteilt ist.

Bei den von dem Kläger im Quartal IV/00 erbrachten und mit der Honorarabrechnung geltend gemachten Leistungen nach den Nrn. 850 EBM Ä und 851 EBM Ä handelt es sich um derartige Leistungen. Gemäß Teil B, § 2 Satz 1 der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung; jeweils Anlage 1 zu den o. g. Verträgen) in der hier anzuwendenden Fassung vom 7. Dezember 1998 (DÄBl. 1998, Heft 51/52 S. A 3309), ist die "Ausführung und Abrechnung" von psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlichen Psychotherapeuten und psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die genannten Leistungen fallen in den Bereich der psychosomatischen Grundversorgung im Sinne der Abschnitte C und G der Psychotherapie-Richtlinien und sind gemäß § 1 Abs. 2 Gegenstand der Psychotherapie-Vereinbarung.

Nach den von dem Kläger nicht angegriffenen und auch im Übrigen nicht zweifelhaften Feststellungen hat die Beklagte dem Kläger nach seiner erneuten Zulassung in ihrem Zuständigkeitsbereich eine Genehmigung für die Erbringung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung nicht erteilt. Ob dem Kläger während seiner früheren Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich der Beklagten – nach seinen Angaben in dem Widerspruch vom 29. März 2001 war er seit 1976 mit einer kleinen Unterbrechung Mitglied der Beklagten gewesen – eine derartige Genehmigung erteilt worden war, bedarf keiner Klärung. Der Kläger hat angegeben, die Nrn. 850 und 851 E-GO/BMÄ damals abgerechnet zu haben, und die Beklagte hat dies nach dem Inhalt des Schreibens der KV Hamburg vom 2. August 1995 dieser gegenüber bestätigt. Wie noch darzulegen sein wird, würde jedoch selbst eine dem Kläger zum damaligen Zeitpunkt seitens der Beklagten erteilte Genehmigung im Hinblick auf die zwischenzeitliche Beendigung der Zulassung im Zuständigkeitsbereich der Beklagten keine Gültigkeit mehr haben. Die von dem Kläger vorgelegte, ihm seitens der KV Hamburg unter dem 2. August 1995 erteilte Abrechnungsgenehmigung betreffend die Nrn. 850 und 851 E GO/BMÄ ist keine Genehmigung durch "die Kassenärztliche Vereinigung" im Sinne des § 2 Psychotherapie-Vereinbarung. Denn hiermit ist allein die für die Prüfung der Abrechnung zuständige Kassenärztliche Vereinigung, hier die Beklagte, gemeint. Die dem Kläger durch die KV Hamburg erteilte Genehmigung gilt auch nicht fort. Das BSG hat hierzu in dem Urteil vom 13. November 1996 (- [6 RKa 87/95](#), SozR 3 2500 § 135 Nr. 3, juris Rn. 13) dargelegt, den dem dortigen Kläger von einer anderen KV erteilten Genehmigungen komme keine Rechtswirkung mehr zu. Zum einen sei die Wirkung der von einer KV, einer Körperschaft öffentlichen Rechts, erlassenen Verwaltungsakte auf den Bereich ihrer örtlichen Zuständigkeit beschränkt, zum anderen komme den Genehmigungen schon

deshalb keine Wirkung mehr zu, weil sie diese mit der Beendigung der Zulassung des Klägers zur vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der anderen KV verloren hätten, diese sich somit im Sinne des [§ 39 Abs. 2](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch auf andere Weise erledigt hätten. Demnach hatte sich die Abrechnungsgenehmigung seitens der KV Hamburg ebenso wie eine unterstellte ihm zuvor von der Beklagten erteilte Genehmigung jeweils mit der Beendigung der Tätigkeit des Klägers im Zuständigkeitsbereich der Beklagten bzw. der KV Hamburg, Letztere mit Ablauf des 31. März 1998 erledigt. Soweit das BSG in einem früheren Urteil für einen nichtärztlichen Psychotherapeuten angenommen hatte, die ihm von einer KV erteilte Genehmigung zur Durchführung von Psychotherapie im Delegationsverfahren gelte auch in anderen KV-Bezirken (Urt. v. 12. Mai 1993 – [6 RKA 13/92, SozR 3-5540 § 4 Nr. 1](#)) hat es dies auf Genehmigungen (im konkreten Fall zur Durchführung von Ultraschalluntersuchungen) an Vertragsärzte ausdrücklich nicht für übertragbar gehalten (Urt. v. 13. November 1996, a.a.O., juris Rn. 15). Dass die Beurteilung bezogen auf Vertragsärzte anders ausfällt – im Sinne der Beschränkung der Geltung im konkreten Fall der Einwilligung zu psychotherapeutischen Leistungen auf den Kassenarztsitz, für den sie von der zuständigen KV erteilt wurde – ist auch bereits dem Urteil vom 12. Mai 1993 zu entnehmen (a.a.O., juris Rn. 26).

Etwas anderes folgt auch nicht aus der Regelung in § 11 Abs. 6 BMV Ä bzw. § 39 Abs. 6 AEV in der ab 1. Januar 1995 bzw. ab 1. Juli 1994 geltenden Fassung. In diesen Vorschriften ist geregelt, dass Ärzte, die aufgrund eines Qualifikationsnachweises gemäß den Vereinbarungen nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen durch eine Kassenärztliche Vereinigung erhalten haben, diese Berechtigung auch dann behalten, wenn sie diese Leistungen aufgrund einer Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit in einem anderen KV-Bereich erbringen wollen. Diese Vorschriften galten bis einschließlich März 2005, so dass sie hier bezogen sowohl auf den Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Tätigkeit des Klägers im Zuständigkeitsbereich der Beklagten als auch den Zeitpunkt der Leistungserbringung, d. h. im gesamten IV. Quartal 2000, Anwendung finden. Gemäß § 11 Abs. 10 Satz 3 BMV Ä bzw. § 39 Abs. 10 Satz 3 EKV-Ä in der ab 1. Januar 1995 bzw. ab 1. Juli 1994 geltenden Fassung gilt u. a. Abs. 6 der jeweiligen Vorschrift (für psychotherapeutische Leistungen) entsprechend.

Zu Recht ist das Sozialgericht davon ausgegangen, dass der Kläger sich auch auf der Grundlage der genannten Vorschriften gegenüber der Beklagten nicht auf die ihm von der KV Hamburg - oder zuvor von der Beklagten selbst - erteilte Genehmigung berufen kann. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 13. November 1996, a.a.O., juris Rn. 16) sind die genannten Vorschriften ihrem Sinn und Zweck nach dahingehend auszulegen, dass sie einen Wechsel des Niederlassungsortes, also die Beendigung der Zulassung an dem einen und die Neuzulassung an einem anderen Ort und damit einen engen zeitlichen Zusammenhang zwischen Beendigung der Zulassung und der Neuzulassung voraussetzen. Nur bei diesem Verständnis, so das BSG, würden die Vorschriften den Anforderungen des [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) gerecht, mit dem der Notwendigkeit der Qualitätssicherung bei bestimmten Leistungsarten Rechnung getragen werde. Im Weiteren hat das BSG offen gelassen, welcher Zeitrahmen bei einem Wechsel des Niederlassungsortes zwischen Beendigung der Zulassung und Neuzulassung eingehalten werden müsse, um von der Fortgeltung einer Berechtigung im Sinne der genannten Vorschriften ausgehen zu können. Den Unterbrechungszeitraum von zweieinhalb Jahren, wie er in dem zu entscheidenden Fall eingetreten war, hat es allerdings in jenem Fall als zu lang beurteilt.

Diese Erwägungen sind nach Sinn und Zweck auf den hier vorliegenden Sachverhalt zu übertragen, auch wenn er nicht vollständig identisch ist mit der dem Urteil des BSG zugrundeliegenden Fallgestaltung. Während nämlich in dem dortigen Fall der klagende Arzt über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren insgesamt nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen hatte, war der Kläger fortlaufend vertragsärztlich tätig, allerdings zwischen der die Abrechnungsgenehmigung begründenden Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich der KV Hamburg und der erneuten Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich der Beklagten im Zuständigkeitsbereich der KV Berlin, wo er Leistungen nach den Nrn. 850 und 851 EBM Ä jedoch nicht abrechnete. Unter Berücksichtigung der zitierten Begründung des BSG für die Nichtanwendbarkeit der § 11 Abs. 6 BMV Ä bzw. § 39 Abs. 6 AEV a.F. bei einer längeren Tätigkeitsunterbrechung ist es jedoch unerheblich, ob der Wechsel von der KV, die die Genehmigung erteilt hat, zu einer anderen KV nach einer Unterbrechung der vertragsärztlichen Tätigkeit insgesamt oder nach einer zwischenzeitlichen Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich einer dritten KV, jedoch ohne Erbringung der genehmigungspflichtigen Leistungen erfolgt. Denn maßgeblicher Gesichtspunkt ist die Sicherung der Qualität der Leistung im Sinne einer kontinuierlichen Leistungserbringung.

Der Senat schließt sich der Auslegung der genannten Vorschriften durch das BSG an. Zwar ist deren Wortlaut die Beschränkung auf einen Zuständigkeitswechsel mit zeitnaher Leistungserbringung auch in dem anderen KV-Bereich nicht ausdrücklich zu entnehmen. Auf eine einschränkende Auslegung weist der Wortlaut jedoch insoweit hin, als von der Zulassung in "einem" anderen KV-Bereich gesprochen wird und nicht von "anderen KV-Bereichen". Dies legt die vom BSG angenommene Erforderlichkeit des unmittelbaren Anschlusses nahe. Zudem handelt es sich bei den genannten Vorschriften um Ausnahmeregelungen, die abweichend von dem bereits dargelegten Grundsatz der Beschränkung der Wirkung einer Genehmigung auf den Bereich der jeweiligen KV deren Wirksamkeit auf den Zuständigkeitsbereich einer anderen KV ausdehnen. Ausnahmevorschriften sind grundsätzlich eng auszulegen. Zudem hat das BSG, wie dargelegt, die genannten Vorschriften auch und gerade unter Hinweis auf ihren Sinn und Zweck, nämlich denjenigen der Qualitätssicherung, eng ausgelegt. Eine weite Auslegung im Sinne der potenziell unbegrenzten Fortgeltung einer einmal erteilten Genehmigung auch bei wiederholtem Wechsel des KV-Bezirks unabhängig von einer kontinuierlichen Leistungserbringung kommt danach aus Sicht des Senats nicht in Betracht.

Auf die Übergangsvorschrift des § 16 der Anlage 1 zum BMV Ä/EKV Ä kann sich der Kläger für die Fortgeltung der ihm im Bereich der KV Hamburg erteilten Genehmigung nicht berufen. Soweit dort geregelt ist, dass Ärzte, die aufgrund der bis zum 31. Dezember 1998 gültigen Psychotherapie-Vereinbarung eine Abrechnungsgenehmigung erhalten hatten, diese in gleichem Umfang behalten, handelt es sich erkennbar um eine Übergangsregelung allein bezogen auf das Inkrafttreten der Neufassung der Psychotherapievereinbarung, d. h. darauf, dass nicht allein durch die Änderung der Vorschriften dieser Vereinbarung eine bisher erteilte Genehmigung nicht mehr wirksam sein soll. Die Frage der Erforderlichkeit der Neuerteilung einer Genehmigung bei Wechsel in den Zuständigkeitsbereich einer anderen KV regelt diese Vorschrift ersichtlich nicht.

Da dem Kläger früher erteilte Genehmigungen demnach nicht fortgalten, bedarf es keiner näheren Erörterung, ob, die Fortgeltung einer früheren Genehmigung unterstellt, die Abrechnung der Leistungen der Nrn. 850 und 851 EBM-Ä im Quartal IV/00 nicht jedenfalls daran scheitern müsste, dass die Beklagte nicht vor der Leistungserbringung auf Antrag des Klägers hin über die Abrechenbarkeit der genannten Leistungen durch den Kläger entschieden hat. Die Ausführungen in dem Urteil des BSG vom 13. November 1996 ([a.a.O.](#), juris Rn. 11) legen es nahe, dass auch im Falle der Fortgeltung der im Bereich einer anderen KV erteilten Genehmigung die nunmehr zuständige KV, hier die Beklagte, formal stets eine Genehmigung erteilen muss, dabei lediglich bei Geltung der genannten Regelungen keine eigenständige Prüfung

vornehmen darf, sondern an die früher erteilte Genehmigung gebunden ist. Mit dieser Begründung wurde in jenem Verfahren, in dem es nicht um die Abrechnung von Leistungen, sondern unmittelbar um die Genehmigung der Leistungen ging, die Erhebung einer Verpflichtungsklage auf Erteilung einer Genehmigung als statthaft angesehen. Dies würde in dem hier anhängigen Abrechnungsstreit bedeuten, dass selbst dann, wenn man entgegen der Auffassung des BSG von einer Fortgeltung der dem Kläger im Bereich der KV Hamburg erteilten Genehmigung ausginge, der Kläger die Leistungen nach den Nrn. 850 und 851 EBM Ä im Quartal IV/00 gleichwohl nicht abrechnen dürfte, weil er nicht zuvor eine entsprechende (ggf. deklaratorische) Genehmigung bei der Beklagten beantragt und diese erhalten hatte. Die Beklagte weist zu Recht darauf hin, dass eine derartige Genehmigung keine Rückwirkung entfaltet, d.h. selbst dann, wenn man in der Abrechnung der Leistungen einen konkludenten Antrag auf Genehmigung sähe, dies eine rechtmäßige Abrechnung rückwirkend, hier für das Quartal IV/00, nicht mehr begründen könnte. Vielmehr ist bereits nach dem Wortlaut des § 2 Satz 1 der jeweiligen Anlage 1 zum BMV-Ä und EKV-Ä die Ausführung und Abrechnung der genannten Leistungen erst "nach" Erteilung der Genehmigung zulässig. Dies bedarf jedoch aus den genannten Gründen hier keiner Vertiefung.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe für die Zulassung der Revision im Sinne des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2](#) SGG liegen nicht vor. Insbesondere hat der Rechtsstreit keine grundsätzliche Bedeutung. Zwar gibt es, soweit ersichtlich, keine Entscheidung des BSG zur Auslegung § 11 Abs. 6 BMV Ä bzw. § 39 Abs. 6 AEV a.F. in der hier vorliegenden Konstellation. Eine grundsätzliche Bedeutung ist gleichwohl schon deshalb nicht anzunehmen, weil die genannten Vorschriften zwischenzeitlich geändert wurden. Nunmehr ist nach § 11 Abs. 6 Satz 4 BMV Ä, § 39 Abs. 6 Satz 4 EKV-Ä, sofern die entsprechenden (genehmigungspflichtigen) Leistungen im Bereich einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erbracht werden sollen, grundsätzlich für jeden Ort der Leistungserbringung in den Bereichen der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen eine entsprechende Genehmigung durch die beteiligte Kassenärztliche Vereinigung erforderlich. Etwas anders gilt jeweils nach Satz 1 der Vorschriften nur für die Erbringung der Leistungen aufgrund einer Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit oder der Genehmigung zur Beteiligung an einer Berufsausübungsgemeinschaft oder der Genehmigung eines weiteren Tätigkeitsortes innerhalb desselben Bereichs der Kassenärztlichen Vereinigung an einer anderen Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte. Dafür, dass zu den genannten Vorschriften in der hier noch anzuwendenden alten Fassung noch eine Vielzahl von Streitigkeiten anhängig sein könnte, für deren Ausgang die genannte Rechtsfrage von Bedeutung ist, gibt es keine Anhaltspunkte.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2009-10-08